

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

No 6

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

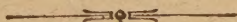
Par Christian PERDU

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DE LA

COXALGIE

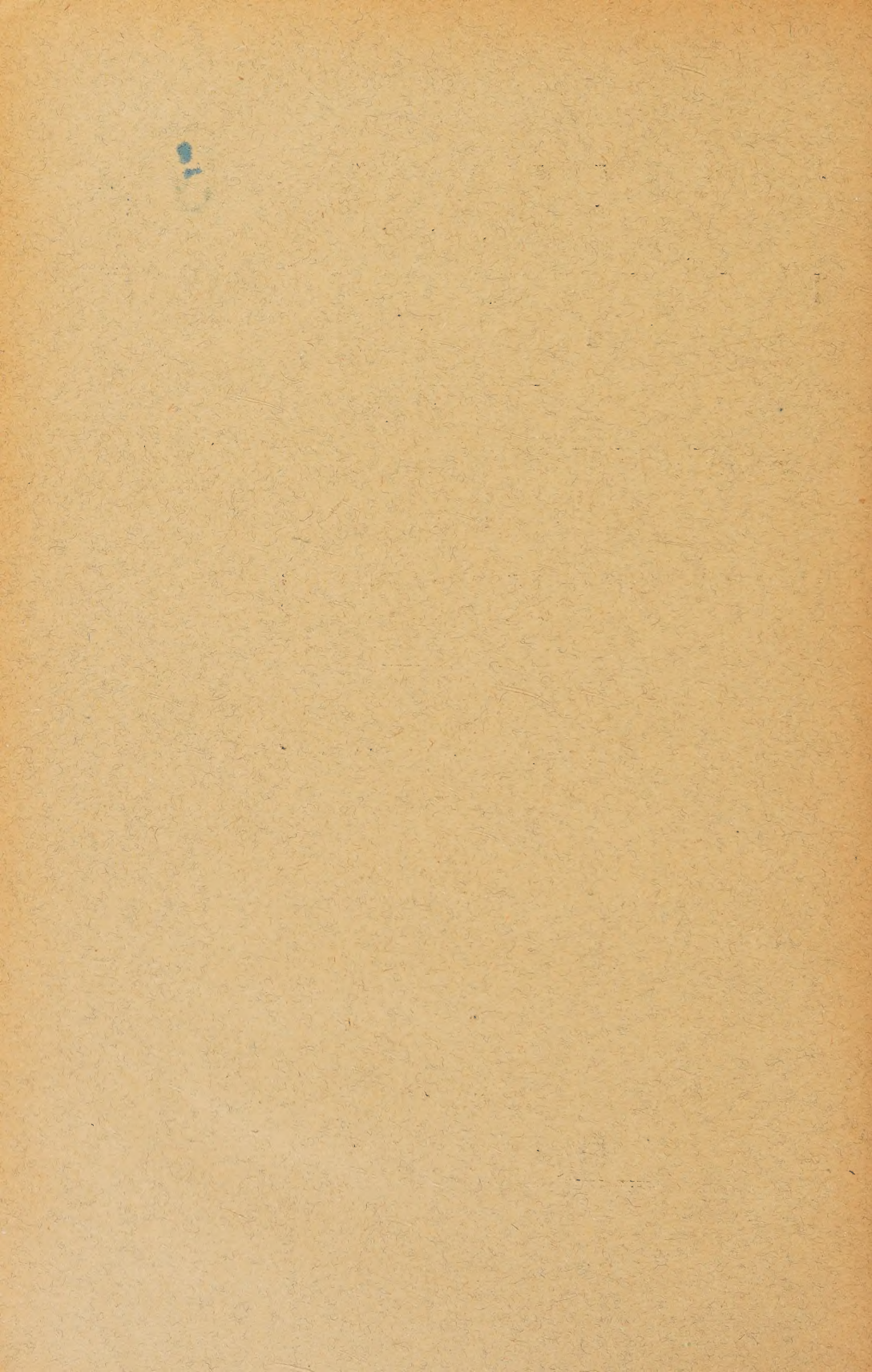
Président : M. AUGUSTE BROCA, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923



6

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

6

N°

THÈSE

ANNÉE 1928

1928

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Christian PÉRON

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE

COXALGIE

PAR

Christian PÉRON, professeur

A. MALIN ET F. S. AMTUNGS

37, rue de la Harpe - PARIS

PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

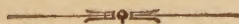
Par Christian PERDU

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DE LA

COXALGIE

Président ; M. AUGUSTE BROCA, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.
Assesseur.

M. ROGER
G. POUCHET

Professeurs

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELMÉ
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique propédeutique.	SERGEANT

Agrégés en exercice.

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVI-SOLAL	SCHWARTZ(A
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	OKINCZYC	
	TINE		
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE BIEN-AIMÉ

A MA FIANCÉE

Bien faible témoignage de profonde tendresse.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le D^r AUGUSTE BROCA

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants malades.
Professeur de clinique chirurgicale infantile.

*En le remerciant de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE ROUEN

M. le Professeur BRUNON, directeur de l'Ecole

M. le D^r JEANNE, chirurgien des Hôpitaux

M. le D^r NÉE, médecin des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

MM. les D^{rs} COMTE et RIST

Médecins des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES DE L'HOPITAL BONSECOURS DE PARIS

M. le D^r POTHERAT

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

M. le D^r TISNÉ

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547503_0004

AVANT-PROPOS

Nous avons eu maintes fois l'occasion au cours de nos études tant à l'Hospice général de Rouen, dans le service du D^r Jeanne qu'à Amiens, chez le D^r Eugène Perdu à la clinique Notre-Dame des Anges, de voir de nombreux cas de coxalgie au début.

C'est devant les difficultés que présentent, à ce stade, aussi bien le diagnostic de l'affection et sa nature que la conduite à tenir, que nous avons cru intéressant d'entreprendre ce modeste travail.

Qu'il nous soit permis auparavant d'adresser au D^r Eugène Perdu, notre frère, qui a bien voulu nous diriger dans cette étude et mettre à notre service, et sa grande expérience et les éléments nécessaires à l'élaboration du sujet, l'expression de notre grande amitié et de notre reconnaissance.

L'exemple d'une carrière entièrement consacrée à l'étude pour l'étude, d'une vie où la joie du labeur individuel, de la recherche de la vérité abstraite, a toujours primé le souci des accessoires et des contingences, n'a pas peu contribué à nous inspirer le véritable culte d'une profession dont il a dit : « Qu'elle tire toute sa

noblesse d'avoir asservi la science non plus au bien-être et aux appétits de l'homme, mais à son salut. »

Peut-être lui en suis-je plus reconnaissant encore que du rôle paternel et bienfaisant qu'il n'a cessé de jouer dans la vie de son « petit frère ».

Nous offrons aussi un vivant hommage au D^r Jeanne qui, par son enseignement documenté et précis, nous a initié aux premiers éléments de la chirurgie, et à son dévoué collaborateur le D^r W. Carpentier qui a bien voulu nous procurer quelques observations relatives à notre sujet.

Enfin, nous ne devons pas oublier que, si la grande guerre nous a laissé debout, le souvenir des camarades d'études dont la carrière fut si brusquement interrompue par une mort glorieuse, doit se perpétuer dans tous nos actes.

Parmi ces souvenirs demeurent plus précieux ceux de Emile Hautcœur, Raymond Vilhes, Jean Louvet et ceux de tous les camarades du 251^e d'Infanterie.

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DE LA

COXALGIE

Il n'est rien de moins prétentieux que cette étude.

Certes, nous aimerions faire mieux que d'indiquer les difficultés que présente le diagnostic précoce de la coxalgie, nous serions plus utile à formuler quelque signe nouveau, quelque méthode pratique et sûre confirmée par l'expérience, et par laquelle on puisse sortir de l'indécision si fréquente en pareil cas.

Ce signe formel n'existe pas ; cette méthode, nous la recherchons encore.

Et pourtant, il n'est pas sans intérêt d'étudier attentivement cette question. Des indications précieuses peuvent en résulter.

D'abord, il est conforme à l'esprit scientifique le plus rigoureux de reconnaître les causes d'erreur, d'en apprécier l'importance et la fréquence. Dogmatiser, synthétiser et généraliser contre les phénomènes, c'est donner à son œuvre une apparence scientifique, c'est lui en retirer la réalité, c'est créer de l'erreur et la répandre, c'est

se tromper soi-même et tromper les autres et l'erreur engendre l'erreur indéfiniment.

Il est donc juste et sage de mettre bien au point les limites que peut atteindre la connaissance certaine et n'aborder ce qui les dépasse qu'avec ce scepticisme scientifique inquiet et prudent qui est la seule garantie de bonne application du *primum non nocere*.

Il est ensuite du plus haut intérêt pratique pour le médecin de connaître exactement les deux écueils entre lesquels flotte son diagnostic : d'un côté attendre, perdre un temps précieux et le regretter plus tard, d'autre part, agir dans l'incertitude, sur des données insuffisantes. Saisir le moment juste où le doute peut se transformer en certitude. Tel est le but à atteindre pour le plus grand bien du malade, et nous voulons seulement éclairer le lecteur pour lui permettre de l'apprécier plus sûrement. A cela se bornent nos prétentions.

Qu'on ne s'attende pas à trouver ici une documentation livresque étendue, des pages interminables de citations et de bibliographie. Ce serait mal répondre à la question posée.

Les questions que nous allons traiter sont parfaitement connues, et, voulant être pratiques, nous ne sortirons pas des données générales à la portée de tous les médecins, et nous n'avons pas, hélas, de vérités nouvelles à formuler et à démontrer exactes à grand renfort d'exemples, d'expériences et de statistiques.

Nous nous contenterons de discuter la valeur des signes, de signaler les dangers d'une confiance excessive à leur accorder, de bien examiner et raisonner le

problème sur toutes ses faces et à tous les points de vue.
Et d'abord :

**Le diagnostic précoce de la coxalgie
présente-t-il un très gros intérêt?**

C'est presque un truisme de répondre : oui.

Cette question ne peut-on pas la poser de toutes les maladies et la réponse ne doit-elle pas être invariablement positive ? Oui, et pourtant cette affirmative revêt dans les bacilloses articulaires un caractère plus absolu et plus fatal.

Il est des maladies aiguës à courte évolution et à guérison spontanée auprès desquelles le médecin ne joue guère qu'un rôle de surveillance et de soulagement. Le diagnostic précoce n'est donc qu'une satisfaction de l'esprit et une indication de prudence.

D'autres maladies à évolution plus lente ne sont justiciables cependant d'un traitement médical et chirurgical qu'à un certain degré d'aggravation. Il importe assez peu, par exemple, qu'un fibrome utérin soit reconnu ou non tant qu'il n'engendre pas de troubles organiques graves. Il pourra même s'atténuer et disparaître sans avoir jamais été connu.

Il existe enfin tant d'autres maladies dont la révélation n'ouvre pas la porte à une thérapeutique efficace (les encéphalites scléreuses, les cancers inopérables, etc.) et l'établissement du diagnostic n'aboutit qu'à révéler notre impuissance définitive.

Il en est tout autrement de la coxalgie.

Cette affection est d'abord inexorablement progressive.

A partir du jour où la coxalgie s'est déclarée, elle s'aggrave méthodiquement, de jour en jour. On voit d'autres ostéopathies bacillaires arrêter spontanément leur évolution à un stade déterminé, sans avoir été l'objet des soins qui conviennent. Nous connaissons tous des pottiques anciens qui n'ont pas subi la cure de repos, qui n'ont pas porté d'appareil plâtré et qui, à un moment donné, se sont consolidés avec une gibbosité quelquefois énorme. Il est permis de penser que cette guérison spontanée peut être attribuée à ce fait que le travail imposé au point squelettique malade était moins violent qu'il ne l'est dans la coxalgie et qu'à la faveur d'un tassement, il s'est produit une consolidation propice à la guérison.

Les membres supérieurs présentent des ostéo-arthrites bacillaires à évolution moins fatale. L'explication en est facile : le malade souffre d'un coude, d'un poignet ; il évite l'activité de l'article intéressé et y supplée par l'autre membre.

Pour la tumeur blanche du genou et l'arthrite tibio-tarsienne, pour la coxalgie surtout, rien à espérer de ce genre ; le travail imposé à l'article est un travail considérable : poids total du corps à porter et à mouvoir, un travail à grand déplacement angulaire dans tous les plans (énarthrose). De plus, le membre inférieur a ceci de particulier que, destiné à peu près exclusivement à la progression, il ne peut remplir sa fonction que par le jeu combiné des deux membres qui constituent la marche.

Là rien à faire pour mettre un des membres au repos.

La marche dite « à cloche pied » est tellement pénible et fatigante qu'elle permet à peine quelques pas.

La marche à béquilles, elle-même, qui est déjà une sorte de traitement systématique par le repos n'est pas un repos elle-même, car le membre non appareillé balance, s'agite, se fléchit pour la station assise.

Enfin, il faut le dire, vous obtiendrez d'un sujet qu'il ne se serve que d'une main, que d'un bras, vous obtiendrez difficilement de lui un repos absolu d'un membre inférieur s'il n'y est contraint par une obligation impérieuse et surtout par un bon appareillage hermétique.

Sous l'influence de ces pressions et de ces violences fonctionnelles une coxalgie s'aggrave infailliblement. Jusqu'à un certain degré du moins. On rencontre, en effet, des infirmes frappés jadis de coxalgie et qui ont survécu, qui ont assaini leur squelette, séché et cicatrisé leurs abcès froids et reconquis une bonne santé générale sans jamais avoir été soignés de façon utile et efficace.

C'est vrai, mais il est facile de retrouver le stade auquel s'est arrêtée l'évolution du mal.

Le coxalgique non soigné marche tant qu'il le peut, il utilise tout ce que le mal lui laisse de force.

Combien de fois des malades qui consultent tardivement n'ont-ils pas raconté : « Je souffrais, mais je pouvais encore marcher. » Cet état de choses a une fin : le membre devient douloureux de plus en plus, sa déviation transforme la marche en une claudication trop fatigante pour être pratique, les abcès apparaissent, se

fistulisent, épuisent la santé générale au point de faire de notre sujet un malade.

A ce moment-là, il faut qu'il se mette au lit et voilà la partie essentielle du traitement de la coxalgie instillée : le repos de l'articulation attaquée. Dès lors, le malade pourra cesser de s'aggraver, même s'il est hospitalisé dans le plus modeste hospice de village, même si le traitement qu'il subit ne consiste qu'en pointes de feu souverainement inefficaces ou en tisanes pectorales.

C'est ainsi que des coxalgies abandonnées finissent quelquefois par guérir, nous n'osons pas encore dire finissaient, car quelques progrès qui aient été faits dans ces vingt ou trente dernières années, il existe encore en France des milieux géographiques et sociaux où l'on abandonne comme incurables et sans intérêt ces malheureux. Ils guérissent quelquefois, si la cachexie ne les a pas emportés ou quelque métastase intercurrente aux poumons ou aux méninges, mais dans quel état guérissent-ils ? Infirmes d'ankyloses vicieuses, incurablement débilités, ils semblent vraiment avoir été en quelque sorte figés par la guérison dans l'état qui précède immédiatement la mort.

En fait, nous pouvons donc affirmer que toute coxalgie non soignée s'aggrave en quelque sorte fatalement jusqu'à un état de gravité maxima voisin de la mort.

En face de cette constatation pessimiste s'en dresse heureusement une autre : toute coxalgie bien soignée arrête son évolution et rétrocède vers la guérison.

Un optimisme aussi marqué ne manquera pas de surprendre nombre de médecins qui n'ont vu la coxalgie

en grand que dans certains services hospitaliers. Ceux-là se souviennent d'avoir vu revenir des enfants aggravés malgré un traitement bien formulé, d'avoir vu mourir des petits coxalgiques malgré les soins les plus éclairés.

A quoi tenaient ces insuccès ? La plupart du temps à ceci : ce qui est du ressort du médecin avait été bien et correctement exécuté ; ce qui incombe à la famille avait été négligé volontairement ou non.

Les familles nécessiteuses ne peuvent pas toujours assurer à ces petits malades le minimum d'hygiène et de confort absolument indispensables et la charité publique ne vient pas toujours à temps et efficacement à leur secours. Il est mille accommodements avec les prescriptions médicales auxquels les mères se laissent glisser de concession en concession et dans les milieux modestes, un peu rudes, on se lasse vite des transports à bras du malade, on lui laisse faire quelques pas, et comme les conséquences n'en apparaissent pas immédiatement, on en conclut que les médecins exagèrent et voilà la liberté fatale reconquise.

Une autre cause d'interruption de traitement et de rechutes quelquefois à répétitions se présente avec une certaine fréquence et celle-ci un peu dans tous les milieux. D'innombrables petites victimes porteront toute leur vie les conséquences d'un sophisme qui s'est imposé à l'esprit des parents.

Un coxalgique est confié au chirurgien, il est plâtré, placé dans de bonnes conditions d'hygiène et sa santé apparente se rétablit rapidement. Eh bien, il est très difficile de faire comprendre à une famille que cette

euphoric est la conséquence du régime suivi, qu'elle cesserait avec ce régime et que le processus pathologique n'attend que l'imprudence d'un retour à l'activité pour se réveiller.

Pour les parents, cet enfant qui ne souffre plus jamais, qui a repris des couleurs, de l'appétit, cet enfant est guéri et c'est une cruauté inutile que de prolonger ce traitement.

Si c'est un petit malade d'un service hospitalier, on enlève le plâtre et on ne l'y reconduit plus. En clientèle particulière on assiège le chirurgien de récriminations et, s'il a l'énergie de résister, de se refuser formellement à *essayer*, on le quitte et on procède à l'essai à son insu. Trois mois après, la coxalgie s'est réveillée souvent avec un cortège de symptômes plus graves et plus alarmants. On s'humilie devant le chirurgien ou on en change et tout est à recommencer.

Dans certains sanatoria climatériques on peut observer des malades qui ont ainsi changé de chirurgien et *essayé* la guérison plusieurs fois : ce sont ceux qui sont là depuis le plus long temps et dont la guérison apparaît la plus douteuse et la plus imparfaite.

Tels sont les cas dans lesquels l'institution du traitement n'a pas arrêté et vaincu le mal et il est facile de voir que cette exception confirme la règle, que ce n'est pas un traitement que celui qui néglige l'indispensable hygiène et surtout la continuité, élément principal de la thérapeutique et que tout naturellement *sublata causa, tollitur effectus*.

Il n'est pas permis de dire : ces malades ne guérissent

pas quoique traités, il faut dire : « Ils ne guérissent pas parce qu'insuffisamment soignés. »

Prenons, au contraire, un chirurgien consciencieux et énergique, assez persuasif pour inspirer aux familles la confiance et la patience nécessaires, capable de renoncer volontairement à certains clients plutôt que de couvrir d'une tolérance approbative les écarts auxquels les parents voudraient se livrer. (Il n'est pas d'argument plus efficace que celui-là) donnons-lui une clientèle qui, sans être une clientèle de luxe, échappe aux conditions déplorables de la vie dans certains quartiers des grandes villes, une clientèle rurale même la plus modeste : il ne connaîtra guère comme échec dans la coxalgie que les rares complications méningitiques et pulmonaires. Dès que son diagnostic sera fait, il immobilisera le membre en bonne attitude dans un appareil plâtré correct, il choisira parmi les proches pour lui confier l'enfant, celui qui habite la campagne la plus saine, interdira rigoureusement toute infraction aux prescriptions d'immobilité, saura se servir adroitement de l'héliothérapie, exposer son malade, vêtu de blanc, au clair soleil des campagnes, au vent vif de la plaine, et, sans le secours du climat marin, sans autres conditions spéciales que celle d'une bonne hygiène générale, il verra presque tous ses petits malades résister, reprendre des forces. S'il survient un abcès, il le traitera par des ponctions et des injections, non pas des ponctions espacées au hasard, imposées par des menaces de fistulisation, mais des ponctions volontaires, méthodiques ; non pas des injections de n'importe quoi, du liquide de

n'importe qui, mais des injections choisies, d'après l'examen de la consistance de la poche, de la nature du liquide extrait, injections de naphtol dans les cas de grumeaux, de fongosités, d'induration large autour de l'abcès; des injections d'huile lorsque le liquide est ou est devenu un pus liquide ou un exsudat fluide avec un affaissement amolli de toute la région. Si l'abcès vient à se fistuliser (malgré toutes les précautions prises, il arrive qu'un canal glandulaire serve d'amorce à une fistulette) cette fistule ne sera pas trop tenace, si la poche a déjà été plusieurs fois injectée et si les soins sont donnés prudemment, aseptiquement. Si même il se trouvait en présence d'un abcès déjà percé, fistulisé, il ne devra pas désespérer de l'avenir. On a dit à tort: « C'est la mort qui entre par là. » Ce sont évidemment des complications très longues, quelquefois dangereuses, il faut en tout cas s'abstenir de pronostiquer la durée de cette fistule, car rien n'est plus variable et plus imprévu que cette durée. Mais souvent le sujet immobilisé et bien soigné reprend des forces, la fistule persiste à l'état de complication longue mais accessoire, le sujet se met lentement en défense et un jour vient où il guérit à la fois sa fistule et sa coxalgie.

On peut donc affirmer que le traitement bien suivi arrête sans délai l'évolution de la coxalgie.

Nous sommes en présence d'une affection qui s'aggrave régulièrement avec le temps, mais qu'on peut arrêter à peu près à n'importe quel stade.

On voit donc quel intérêt il y a à pouvoir intervenir le plus tôt possible pour éviter de cette affection non

seulement ses dangers mais ses conséquences : difformité, boiterie, etc...

Le diagnostic de la coxalgie peut-il être fait dès l'apparition des symptômes classiques ?... L'autre danger.

Allons-nous donc, par une précipitation éminemment louable, déclarer atteint de coxalgie tout malade qui présentera les signes cliniques bien connus de cette affection (nous disons à dessein signes cliniques ; on verra plus tard que le diagnostic radiologique à ce stade de la maladie est absolument défaillant).

Il faudrait le faire sans hésiter si ce mot désignait ce que désigne son sens étymologique : douleur, d'une façon plus générale affection de l'articulation de la hanche.

Mais le mot coxalgie a pris, bien à tort affirme le professeur A. Broca (et cette opinion paraît bien s'imposer à tout jugement clair) le mot coxalgie a pris un sens plus précis : « Il signifie dans l'esprit de tous et en vertu d'une tradition centenaire : « Tuberculose de « l'articulation coxo-fémorale, arthrite tuberculeuse » et c'est cette précision qui ne nous est pas permise.

Il existe des affections qui présentent au début des symptômes qu'il est bien difficile de différencier de ceux de la coxalgie tuberculeuse, qui devraient avoir droit étymologiquement au nom de « coxalgie » et qui ne sont pas tuberculeuses.

Au stade d'évolution qui nous intéresse, dans les

premières semaines où les symptômes attirent le médecin au lit du malade, ces affections pas plus que les vraies coxalgies ne nous apportent des éléments nets de diagnostic différentiel et pas plus qu'elles, elles ne nous apportent le critérium de la radiographie.

Le danger de confusion entre les unes et les autres est énorme.

Ces affections, quelles sont-elles ?

Les sosies de la coxalgie.

La Société Française d'Orthopédie avait justement placé à l'ordre du jour de sa réunion de 1922, la question des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'enfant.

Le rapporteur, M. Sorel, de Berck, fut ainsi amené à passer une revue très complète et très étudiée de toutes ces entités pathologiques susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic différentiel avec la coxalgie.

Après la lecture de ce rapport, la discussion permettait aux Congressistes, non pas de combler des lacunes, car il ne s'en trouva pas dans le rapport, mais d'ajouter sur chaque question des particularités observées par différents spécialistes. On tenta enfin de mettre un peu d'ordre dans l'énumération de ces affections.

Ici la tâche apparut plus difficile et il semble bien que les efforts tentés par les meilleurs esprits scientifiques (M. Frœlich entre autres) n'aient abouti qu'à quelque chose de très artificiel, très conventionnel que n'épargna pas la verve du professeur Broca.

N'essayons pas de réussir où de tels efforts ont échoué. Prenons modestement et sans prétention la liste de ces affections telle qu'elle nous est présentée par le rapport et la discussion.

Arthrites post-traumatiques.

Il a été observé des cas d'arthrite sèche déformante consécutive à des traumatismes ayant porté sur l'épiphyse fémorale supérieure ou même dans son voisinage.

Une première question se pose immédiatement à l'esprit : Sommes-nous en présence d'un type morbide spécial, d'une évolution causée par le traumatisme et conséquence directe de celui-ci, ou bien d'une évolution localisée sur un *locus minoris resistentie*, d'une conséquence indirecte du traumatisme ?

Le *post-hoc* implique-t-il formellement le *propter-hoc* ?

Le qualificatif arthrite post-traumatique exprime-t-il un type morbide spécial ou simplement la localisation dans le temps et sur le siège d'une entité morbide susceptible elle-même de recevoir un autre nom plus indicatif de sa valeur réelle ?

Le petit nombre d'observations citées ne semble pas permettre de trancher à coup sûr cette question.

Il est bien connu que tout traumatisme provoque à une certaine distance des modifications de la substance osseuse. Est-ce une conséquence de même nature qui engendre par exemple des arthrites sèches déformantes telles que celles affirmées par Broca et Judet ?

Mais n'est-il pas possible d'admettre que la zone traumatisée, déminéralisée, soit devenue un siège d'élection pour une de ces formes d'arthrite que nous allons envisager successivement ?

Ces formes frappent les articulations saines ; il ne paraît pas possible d'admettre que le traumatisme crée une immunité à leur endroit, bien au contraire.

Il faut donc admettre que certaines de ces arthrites seront des arthrites sèches ou déformantes ordinaires, des coxalgies même. Peut-être devront-elles être toutes rangées dans une des autres catégories d'affections fémorales. Le mot arthrite post-traumatique n'exprimerait plus alors ce qu'il signifie réellement. Il ne ferait que localiser dans le temps et le relatif une affection indépendante dans son essence.

Arthrite par luxation congénitale incomplète.

Il existe une grande analogie apparente entre ces arthrites et celles qui ont été observées consécutivement aux traumatismes ; Elles prennent le caractère d'une sorte d'évolution intercurrente au cours d'un état chronique. Elles se caractérisent par de la douleur, de la contracture, de la claudication.

Et, chose particulièrement intéressante, ces accès semblent bien d'après Gourdon et Judet avoir la guérison pour règle dès qu'une thérapeutique quelconque (intervention chirurgicale, ténotomie des adducteurs, plâtrage en abduction) a pour résultat de placer le membre affecté dans le repos temporaire.

Ne pouvons-nous donc concevoir que ces arthrites sur terrain soumis à un subtraumatisme perpétuel puissent n'être pas autre chose qu'une de ces arthrites subaiguës de nature inconnue dont nous parlerons plus tard et dont le rôle apparaîtra si important dans la question qui nous occupe.

Arthrites des coxa-vara.

Le Congrès de chirurgie de 1912 a étudié particulièrement la question des poussées d'arthrite de la hanche concomittantes à la déformation en coxa-vara. Il n'en est pas résulté une notion très nette sur les relations de cause à effet qui peuvent exister entre ces deux affections.

La coxa-vara doit-elle être considérée comme un état préexistant au cours de l'évolution duquel apparaissent les symptômes d'une arthrite.

C'est possible et il est vraisemblable que dans certains cas c'est ainsi que se passent les choses, mais il ne faudrait pas repousser d'emblée l'hypothèse d'une coxa-vara dans laquelle le phénomène arthrite serait intimement lié à la déformation, en serait la cause efficiente, soit par invasion brutale, soit par poussées successives.

A ce même Congrès de 1912, le Dr Perdu d'Amiens présentait l'observation d'un malade de 16 ans qui, parfaitement sain et bien conformé jusqu'à cette époque, fit brusquement une poussée d'arthrite très violente pendant un mois à six semaines environ et présentait après cette poussée une boiterie avec déformation très nette de la tête fémorale en coxa-vara.

Il semble bien que dans un cas comme celui-là, l'installation de la déformation n'ait pas préexisté à la poussée articulaire et que la coxa-vara ait été franchement idiopathique, aiguë même et causée par une forme d'ostéochondrite de la hanche.

Les clichés qu'il eût été intéressant d'examiner à nouveau ont malheureusement disparu au cours des événements de la guerre.

Si l'on rapproche cette observation de celle présentée par M. Frœlich en octobre 1922 et dans laquelle on voit un enfant présenter des phénomènes d'ostéochondrite à 11 ans, et à 19 ans les caractères de la coxa-vara, on ne peut se défendre de voir entre ces deux affections des rapports sinon constants, du moins possibles.

L'arthrite survenue sur un sujet présentant des signes de coxa-vara n'est peut-être pas toujours une manifestation de la cause; elle semble bien l'être dans certains cas et il n'est pas interdit de penser, à défaut d'explication plus lumineuse, que bien des coxa-vara peuvent avoir pour origine un état atténué d'ostéo-chondrite, assez atténué pour refuser à l'examen les signes cliniques et radiologiques, assez constant pour influencer lentement sur la consistance et la forme de l'épiphyse.

Simple hypothèse évidemment, mais non dépourvue de vraisemblance.

Ostéochondrite de l'épiphrse supérieure du fémur.

Cette affection dont l'anatomie pathologique se réduit à un très petit nombre de cas (4 arthrotomies),

avec d'ailleurs des constatations assez notablement différentes se présente encore à nous bien mystérieuse.

D'abord, il importe de remarquer que les examens anatomo-pathologiques ont été pratiqués sur des cas particulièrement graves, puisque le chirurgien a été amené par l'importance des symptômes à un geste opératoire dont on ne peut méconnaître la gravité.

Il serait intéressant de pouvoir faire l'anatomie pathologique de cette affection sur un cas ordinaire, un de ceux qui, l'expérience le démontre, peuvent évoluer spontanément vers la guérison avec *restitutio ad integrum*, sur un malade bien observé et emporté par un accident ou une autre affection. Les lésions apparaîtraient sans doute avec un caractère infiniment moins net.

Quoi qu'il en soit, en prenant appui simplement sur les documents précis et certains que nous possédons, nous savons que les lésions peuvent intéresser le cartilage (dépression en godet), siéger sur la couche superficielle de l'os sous-jacent ou s'en écarter notablement (puisque Nove-Josserand en a vu jusque dans le col fémoral) creuser de simples cavités dans le tissu osseux ou le frapper de mort et constituer de véritables séquestres, frapper la tête fémorale exclusivement ou s'étendre jusqu'au cotyle (Mouchet et Røderer), malaxer l'os, le déformer en calotte, en pastille, en chapeau de gendarme ou le creuser de cavités jusqu'à la fragmentation spontanée.

Tout aussi variable est l'évolution, puisque la maladie peut aboutir à une guérison parfaite qui ne laisse

aucune séquelle pathologique ou fonctionnelle et qu'elle peut aussi évoluer comme une arthrite déformante à poussées successives, aboutissant à l'ankylose complète de l'articulation intéressée.

Qu'est-ce à dire, sinon que la variété des évolutions s'explique par les variations de virulence de l'affection et peut-être encore davantage par les variations de siège ?

N'est-il pas logique de penser que, les accidents, les symptômes seront tout différents selon que la surface de frottement sera altérée par un travail d'ulcération ou que des points inflammatoires, des géodes vont se creuser dans la profondeur de la tête sur le col même, au voisinage du cartilage de conjugaison !

Et cette variété, ce polymorphisme de l'affection, quant à son intensité et à son siège, ne laisse-t-elle pas le champ ouvert à bien des hypothèses ?

Arthrites déformantes juvéniles.

Il semble bien qu'à vouloir différencier nettement cette affection de la précédente on soit amené par la comparaison de différents éléments à reconnaître plus de similitudes que de divergences : apparition commune dans l'enfance et dans l'adolescence, ignorance où nous sommes de l'état anatomo-pathologique des os atteints, évolution d'ostéochondrites nettement diagnostiquées en arthrites déformantes, coexistence d'arthrites déformantes et d'ostéochondrites chez le même sujet, état lacunaire à l'examen radiologique commun aux deux affections.

N'y a-t-il pas de quoi militer largement en faveur de l'hypothèse de l'identité de ces lésions ou tout au moins de celle qui voudrait voir en elle deux phases différentes ou successives d'une même évolution.

Arthrites d'origine inconnue.

Nous arrivons maintenant au bloc artificiellement constitué par un caractère commun essentiellement négatif: l'ignorance où nous sommes de sa pathogénie.

On a tenté de les diviser en deux groupes: d'une part des arthrites chroniques d'emblée, se terminant en somme comme des coxalgies, par ankylose; d'autre part des arthrites subaiguës à évolution plus brutale et plus courte, à terminaison aussi plus heureuse.

Il n'est pas douteux que ces deux formes ont été maintes fois observées, mais ce qui est infiniment moins certain c'est qu'elles constituent deux types bien différenciés.

Ce qui semble être la vérité, c'est qu'entre ces deux formes typiques existent et s'observent tous les cas intermédiaires, aussi bien au point de vue de l'acuité des phénomènes qu'à celui des résultats obtenus.

Peu importe d'ailleurs cette division en deux classes d'une entité ou de plusieurs entités inconnues.

Ce qui est plus intéressant, c'est la grande fréquence de ces cas.

Alors que les affections ci-dessus décrites figurent dans les statistiques des chirurgiens à l'état de quelques

unités disparates, ces arthrites ont été observées en grand nombre et par tous les spécialistes.

Rien n'est plus instructif à ce sujet que la statistique apportée par M. Lance à la Société française d'Orthopédie.

Ses chiffres sont intéressants par eux-mêmes, ils le sont plus encore si l'on en extrait les déductions que comporte un sévère examen.

Quels sont-ils ?

A l'hôpital.	409	arthrites,	327	coxalgies,	30	arthrites X :	10 %
En clientèle	66	—	38	—	21	—	32 %
Au centre de réforme.	24	—	7	—	17	—	65 %

Or la clientèle des services hospitaliers est moins soigneuse que la clientèle de ville, les enfants ne sont présentés souvent qu'à partir d'un certain degré de gravité et tout porte à croire qu'un certain nombre de manifestations morbides ont été négligées et ont eu la bonne fortune de se terminer par la guérison.

En clientèle au contraire, où les parents, prompts à s'alarmer, consultent à la moindre apparition d'un symptôme inquiétant pour une articulation d'enfant, la proportion s'élève au-dessus de 30 %.

Au centre de réforme enfin, où une optique spéciale, dont l'origine n'a rien de mystérieux, pousse les sujets à recueillir soigneusement les moindres symptômes et à en étoffer l'exposé, le nombre des vraies coxalgies descend au-dessous du tiers. Laissons de côté un certain nombre de pessimistes intéressés à l'être, il nous faut bien admettre cependant que les 17 soldats envoyés au

C. S. R. n'ont pas été 17 simulateurs, qu'ils ont présenté des symptômes assez nets pour emporter l'opinion d'un premier examen médical et motiver leur comparution. La proportion est donc bien grande des cas qui se sont présentés à un moment donné avec des symptômes capables d'en imposer pour la coxalgie et qui n'ont pas été maintenus avec ce diagnostic.

En somme, dans l'évaluation de M. Lance : une fois sur trois à cinq malades, il semble bien que le premier chiffre soit le plus voisin de la vérité.

C'est bien d'ailleurs dans ces proportions-là que les fausses coxalgies ont été observées à la consultation de la clinique Notre-Dame des Anges à Amiens.

Et tel est bien le groupe le plus important des affections que nous aurons à confronter avec la coxalgie vraie pour en établir le diagnostic différentiel.

Arthrites appendiculaires de la hanche.

Cette énumération ne serait pas complète si l'on ne faisait une brève mention de certaines poussées d'arthrite de la hanche survenant au cours de l'évolution souvent ignorée encore d'un état appendiculaire. Ces poussées d'arthrite, sans être rares (nous avons trouvé facilement une observation à Rouen), ne sont encore ni assez nombreuses, ni assez observées pour se prêter à une étude bien précise.

Il suffit d'en avoir connaissance et de penser à la possibilité de leurs manifestations.

Essai de classification.

Est-il possible de créer un tableau d'ensemble, de tenter une classification de ces arthrites ?

M. Nove-Josserand à la Société française d'Orthopédie en signalait l'opportunité et M. Frœlich proposait une division en trois groupes de coxites, dont le premier tort évident était de laisser en dehors le groupe des arthrites inconnues de Lance, si important par sa fréquence réelle.

M. le professeur Broca, par contre, s'élevait avec énergie contre l'idée de rapprocher des types morbides chez lesquels on ne trouve de caractère commun que l'ignorance où nous sommes de leur nature.

De toute évidence, cette tentative était prématurée. On ne résout pas une équation qui ne contient que des X. Les éléments dont nous disposons sont trop rares et trop incertains pour servir de base à la classification désirée.

Mais l'éminent Maître nous permettra, ceci une fois bien posé, d'en tirer une conséquence : c'est que, là où la certitude scientifique nous échappe, le champ devient libre pour l'hypothèse.

Rien ne nous permet d'affirmer l'unicité de ces lésions, rien ne nous défend non plus de l'envisager comme possible.

Il n'est pas démontré, nous l'avons déjà envisagé, que les arthrites du groupe traumatique, conséquence d'accidents ou de malformation, de déviation mécanique

de la fonction ne sont pas de même nature que ces arthrites à la fois mystérieuses et fréquentes.

Et rien ne s'oppose formellement à l'idée que l'ostéochondrite ne soit une manifestation plus vigoureuse du même processus morbide polymorphe et variable d'intensité, manifestation aboutissant dans certains cas au type de l'arthrite déformante juvénile.

Si le professeur Lannelongue vivait encore, peut-être serait-il porté à incriminer le polymorphisme d'une tuberculose atténuée et indécélée.

Combien n'est pas plus séduisante l'idée d'un polymorphisme d'une ostéomyélite faiblement virulente et qui ne nous révèle que rarement sa nature par le séquestre et le microbe.

La tuberculose est susceptible de prendre les formes les plus aiguës, les plus brutales; l'ostéomyélite n'est-elle pas capable de modérer sa brutalité jusqu'à la chronicité d'emblée la plus légère.

Un fait précis plaide par analogie en faveur d'une telle hypothèse : à la clinique Notre-Dame des Anges, le Dr Eugène Perdu avait observé dans le courant de l'année 4 cas de tibias incurvés en lame de sabre avec troubles de densification et de raréfaction minérale. Pas de périodes douloureuses, pas de généralisations, en somme des cas de pseudo-Paget atténués, limités au tibia. En novembre de cette même année on lui présente un sujet âgé, présentant sur une partie limitée du tibia les mêmes symptômes, le mal évolue depuis longtemps sans accidents bien douloureux; la radiographie montre identiquement les mêmes symptômes : raréfac-

tion et densification alternée et irrégulière, il n'y a pas de doute, il s'agit bien d'une ostéite déformante comme dans les 4 autres cas. Eh bien, trois jours après, sans que la température s'élevât au-dessus de 37,5, le malade était opéré d'urgence par le Dr Perdu évitant un tibia ostéomyélitique, avec décollement périosté, lambeaux de sphacèle grisâtres de la moelle, etc... Cette ostéite déformante avait évolué en ostéomyélite... à moins que ce ne soit l'ostéomyélite qui évolue souvent sous la forme d'ostéite déformante sénile et juvénile d'ostéochondrite, etc...

Ne serait-ce pas une forme d'ostéomyélite chronique extrêmement atténuée, qui produirait divers types d'*épiphyse* comme celles que nous étudions, de même qu'elle semble capable de produire des types de *diaphyse* comme les incurvations tibiales en pseudo-Paget.

Hypothèse, toujours hypothèse. Mais il est probable en tous cas que si cette conception uniciste, séduisante mais un peu trop simpliste, ne correspond pas à la réalité, les découvertes futures révéleront bien des contacts entre des entités morbides actuellement considérées comme différentes.

Qu'il nous soit permis d'invoquer en faveur de la fréquence de ces coxalgies spontanées ou facilement curables, un argument un peu inattendu mais qui n'est pas peut-être le moins concluant.

Il est frappant de voir combien dans certaines clientèles rurales la coxalgie est négligée dans ses débuts.

C'est peut-être une explication trop facile et de plus

injuste que celle qui consisterait à incriminer l'incurie et l'indifférence des médecins.

Sans doute, il y a des cas où les retards apportés sont dus au peu d'empressement mis par certains médecins à s'attaquer à une étude un peu spéciale d'une affection dont le caractère n'est ni brutal ni menaçant.

Mais il y a bien des cas aussi, où des médecins, des plus sérieux, donnent l'explication suivante : ils ont vu souvent apparaître des symptômes analogues à ceux de la coxalgie chez des enfants qui ont guéri par un simple repos et même quelquefois sans repos du tout, il en est résulté chez eux un certain scepticisme optimiste qui les conduit à attendre confirmation par des phénomènes plus graves avant de pousser des cris d'alarme.

Loin donc d'être des observateurs inattentifs, comme on eût été porté à le croire, ces confrères ont été des cliniciens circonspects auxquels n'échappe pas ce que nous tendons à reconnaître comme une vérité indubitable à savoir la fréquence des coxalgies qui n'en sont que par les symptômes et qui n'ont aucune tendance à évoluer selon le cycle fatal de cette affection.

Quoi qu'il en soit, cette étude un peu sommaire nous a montré toute une variété de processus morbides qui pour ne pas être tuberculeux n'en sont pas moins des coxalgies au sens étymologique du mot, des arthrites coxo-fémorales, et qui *au stade premier*, à celui auquel nous avons intérêt à porter le diagnostic, *ne se différencieront pas de la coxalgie tuberculeuse*, puisque les symptômes cliniques doivent être fatalement les

mêmes : douleur, boiterie, défense musculaire, etc. Parmi ces affections figurent pour le plus grand nombre les arthrites de cause inconnue.

N'existe-t-il pas un moyen de les différencier ?

Le diagnostic radiologique.

L'immense majorité des médecins croient encore à l'importance de l'examen radiologique dans le diagnostic de la coxalgie.

Bien plus, les radiologues eux-mêmes, que leur propre expérience devrait avoir éclairés, en sont encore à scruter minutieusement des clichés, à interpréter des pâleurs et des opacités, à rendre des oracles aussi vains qu'é prétentieux. Il y a quelque temps, le D^r Carpentier de Rouen se trouvait en présence d'un cliché dont l'auteur affirmait qu'un indice ne laissait place à aucun doute sur l'existence d'une coxalgie. Le D^r Carpentier n'en crut pas un mot et fit bien. Quelques semaines plus tard, l'enfant était guéri sans traitement.

Certains articles ne sont pas faits pour corriger une erreur aussi répandue. Il y a quelques mois paraissait dans un organe de publicité très lu un article sur le diagnostic radiologique de la coxalgie. L'auteur y mettait en garde contre les confusions qui peuvent s'établir entre les signes radiologiques de la coxalgie et certaines malformations congénitales ou acquises : subluxation de la tête, insuffisance de la hanche, aplatissement de la tête, coxa-vara, etc.

Par contre il indiquait les symptômes réels de la ma-

ladié et à l'écran et à la plaque. Vains efforts et erreurs accumulées. D'une part les déformations indiquées ne prêtent guère à la confusion et, d'autre part, les symptômes réels proposés, ou bien sont sans valeur (telle l'orientation relative des os qui n'est pas un phénomène stable, qui peut être modifiée par le dispositif opératoire), ou bien n'ont la valeur d'une certitude qu'à un stade où cliniquement le doute s'est évanoui depuis longtemps.

Car voici la vérité et il faut la dire avec la plus grande netteté : le diagnostic radiologique précoce de la coxalgie n'existe pas.

Alors que dans la tuberculose pulmonaire, la radiologie révèle un état que les signes stéthoscopiques font simplement soupçonner, permettant une précision inconnue sans eux, tout au contraire, dans la bacillose articulaire, le diagnostic clinique précède toujours le diagnostic radiologique.

On peut affirmer sans crainte d'erreur que la lésion se sera toujours révélée cliniquement par des signes indubitables, lorsque la radiologie donnera des indices capables de fixer le diagnostic.

Ce n'est pas là une idée nouvelle : Sourdat dans sa thèse déjà vieille de treize ans écrit en conclusions :

« Au début de la coxalgie, contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs, reprise récemment dans sa thèse par Bizolier (janvier 1909), j'estime que la radiographie, à la période *pré-clinique* de la coxalgie, est de peu de secours pour le diagnostic. En particulier, *le flou de l'interligne articulaire, la déminéralisation du fémur*

du côté malade manquent généralement à cette période *pré-coxalgique*. Tout au moins ne leur accordera-t-on de valeur que si on les constate sur une épreuve bi-latérale parfaitement symétrique. »

Il n'y a rien de changé aujourd'hui à ce jugement qui garde toute sa valeur formelle.

On parle de l'orientation de l'article, de l'ascension du côté malade, indice d'une première contracture en adduction. C'est là presque un signe clinique. Si cette ascension est assez accentuée et assez permanente pour présenter toute sa valeur, elle sera constatable à l'examen du sujet nu.

St c'est un détail insignifiant que le schéma radiologique fera seul apparaître, le signe est sans valeur aucune ; il peut indiquer simplement une dissymétrie dans l'exposition du sujet sur la plaque, maladresse difficile à éviter avec l'enfant souvent indocile.

Des seuls signes ayant une valeur, l'un : l'amincissement de l'interligne à sa partie supérieure, est assez inconstant et tardif ; l'autre : les taches claires, n'est pas un phénomène caractéristique de la tuberculose ostéo-articulaire.

Tous deux en tous cas, comme le dit Sourdat, n'apparaissent qu'après les signes cliniques.

La radiographie ne peut donc être d'aucune utilité dans le diagnostic précoce, le diagnostic qui nous intéresse.

La réaction à la tuberculine.

Quelques mots seulement sur ce sujet.

Ce n'est pas certes que les résultats obtenus soient dépourvus de valeur. Il y a une dizaine d'années environ, l'expérience suivante a été faite à la clinique Notre-Dame des Anges à Amiens. Neuf sujets ont été pris, suspects de tuberculose articulaire et ont subi : qui l'ophtalmo-réaction, qui la cuti, qui l'intra-dermo-réaction. Sur ce nombre, 8 cas ont réagi positivement et l'évolution ultérieure du mal a confirmé pleinement le diagnostic porté ; le 9^e cas resté négatif a évolué dans la suite d'une façon toute différente et s'est caractérisé sous la forme d'une ostéomyélite impossible à méconnaître.

La valeur des résultats fournis n'est donc pas nulle.

Elle ne semble pas sensiblement inférieure à celle des réactions caractéristiques de la syphilis. Mais voilà : la réaction de Bordet-Wassermann est une réaction *in vitro*, sur élément extrait, sans danger par conséquent, tandis que la réaction à la tuberculine se pratique sur l'organisme vivant et n'est pas inoffensive.

Enfin, elle n'élimine pas le doute quant au siège de la bacillose reconnue, et sur les sujets délicats on se demandera toujours si l'on n'a pas révélé un début de lésion pulmonaire ou ganglionnaire alors que la hanche serait encore exempté de bacillose.

Nous ne pouvons donc, à notre grand regret, faire fonds sur ce signe.

Qu'il nous soit seulement permis d'espérer que ce moyen de certitude scientifique deviendra plus pratique, plus maniable, et surtout qu'il sera possible un jour de recourir à des recherches locales portant sur le siège supposé du mal.

*
* *

Nous voilà donc dans cette période du début de la coxalgie ou de la pseudo-coxalgie qui se caractérise par une poussée de sensibilité, par une défense musculaire et de la claudication, période où, nous le répétons, dans la clientèle bourgeoise on consulte le médecin et on lui demande de se prononcer. Nous voilà sans moyen de certitude scientifique et talonnés par l'anxiété de la famille, par le scrupule de ne pas laisser inutilement sans soins, au début, une coxalgie peut-être réelle, talonnés aussi dans certains cas (avouons nos faiblesses) par la crainte de voir un autre médecin faire le diagnostic, convaincre la famille et n'être pas démenti par les événements ; nous allons prononcer à tort le mot « coxalgie ».

C'est bien là l'autre danger dont nous parlions au début de cette étude, car si l'erreur en sens inverse représente une perte de temps et de chances de succès, cette erreur-ci va nous conduire à un traitement inutile qui représente à lui seul quelque chose d'aussi grave qu'eût été la coxalgie réelle et guérie.

Les fausses coxalgies en traitement.

Soit un enfant placé dans ce cas. Il est envoyé à un spécialiste, qui, peu averti de ce danger, cédant à l'entraînement, à un certain degré de déformation professionnelle (nous laissons à dessein hors de discussion certains mobiles moins nobles qui peuvent exister) qui porte le diagnostic ferme de coxalgie. Que va-t-il faire ? Pas une opération, certes, ni des ponctions sur des abcès qui n'existent pas encore. Il va plâtrer le petit malade et des mois vont s'écouler dans l'immobilité absolue du sujet lui-même et de l'article ; pendant ce temps-là, la pseudo-coxalgie a eu largement le temps de guérir et elle n'y a pas manqué ; aussi, aucun symptôme nouveau n'est apparu, si ce n'est une amélioration apparente de l'état général, due au repos, au bien-être climaterique et alimentaire dont on fait profiter ces sujets. Mais lorsque au bout d'un temps donné, le premier appareil sera levé, que verra-t-on ? Une atrophie considérable du membre intéressé et un état de raideur, temporaire, sans doute, mais réel, de l'article. A vrai dire, jamais le petit malade n'aura paru aussi coxalgique qu'à ce moment-là.

Que va-t-on faire alors ? Essayer de remettre le malade sur pied et de voir s'il est guéri ou non ? Ce serait une solution heureuse et féconde ; mais si la maladie est une vraie coxalgie, il faudra plusieurs semaines d'essai pour que le jugement se forme, il faudra laisser le temps à ces raideurs, à ces atrophies de s'amender

un peu, et pendant qu'on attendra en vain le signe de guérison, le petit malade perdra le bénéfice de son premier traitement ; la coxalgie (il ne faut pas oublier qu'on l'a affirmée) la coxalgie va reprendre toute son activité nocive. C'est une imprudence qu'un spécialiste consciencieux hésitera de la meilleure foi du monde à commettre. Il préférera continuer son traitement si sûr et dont les résultats apparaissent prometteurs.

Et ceci se renouvellera sans qu'apparaisse d'autre critérium de guérison que celui qui résulte de l'optique spéciale, de l'expérience personnelle du médecin, du quantum qu'il a l'habitude d'attribuer à la durée de ses traitements.

En fait, on peut affirmer ceci : dans ces grands caravansérails thérapeutiques que sont les villes d'eaux, les stations climatiques pour tuberculose articulaire, il y a un grand nombre de malades, les anciens, les vieux chroniques, les piliers de la station, qui sont là depuis des années, parce que, impatience de famille, faiblesse de médecin, ou abandon momentané de sa tutelle, ils ont 20 fois essayé une guérison pas acquise et rechuté plus profondément chaque fois, mais il y a en face, en contre-partie, un certain nombre de petits malades, qui traînent pendant quelquefois des années, le boulet d'une thérapeutique dont la cause fugitive a cessé d'exister depuis longtemps.

Ils guérissent sans doute, et très vite, de la légère maladie qui les a touchés en un temps donné. Ils ne guérissent pas de l'atrophie, des raideurs, des impotences partielles que leur a infligées le traitement et moins

encore du mal moral que constituent leur propre dépression et la tare inutile qu'ils vont porter toute leur vie.

Les fausses guérisons de coxalgie.

Il en est d'autres parmi ces fausses coxalgies pour qui l'erreur est moins cruelle. Ce sont celles qui ont la bonne fortune de tomber sur un praticien partisan, ou même inventeur de quelque procédé rapide et infailible pour arrêter dès le début l'évolution de la coxalgie. Ici, par une sorte d'homœopathie salutaire, l'erreur corrige l'erreur ou l'empêche du moins de porter de trop funestes conséquences.

Le remède, peut-être dangereux sur une véritable coxalgie, n'a pas le pouvoir d'être nuisible sur un terrain en somme tout prêt à la guérison, et, court et simple par définition, il ne porte pas en soi, sauf exception, de conséquences.

La coxalgie guérit alors d'autant plus infailliblement qu'elle n'existait pas et que l'essai tenté comporte toujours les quelques semaines de repos nécessaires à la guérison de l'affection réelle. La méthode accumule les statistiques péremptoirement concluantes et le petit malade s'en va guéri.

De cette erreur qu'est le diagnostic, comme de cette illusion qu'est le traitement, le malade ne souffre guère que dans sa sensibilité inutilement éprouvée et dans ses intérêts matériels bien secondaires.

Ce qui souffre le plus c'est la vérité scientifique com-

promise, temporairement troublée, et l'autre malade vraiment coxalgique, sur lequel l'erreur propagée a pu faire appliquer de bonne foi une méthode défailante alors, mais qui peut n'avoir pas toujours été inoffensive.

*
**

Il nous faut donc poursuivre à tâtons une vérité qu'aucune technique ne nous permet d'atteindre à coup sûr, il nous faut la poursuivre, vite à la fois et prudemment, et c'est là qu'éclate, plus peut-être encore qu'en aucune autre affection, la valeur de ce qu'on est convenu d'appeler le « sens clinique du praticien » et qui est fait, non d'un pouvoir divinatoire et mystérieux, mais d'une grande attention à déceler les indices, d'une certaine expérience des faits acquis et surtout d'une grande clairvoyance et d'un jugement sûr dans l'art de confronter les données acquises, d'en apprécier sainement la valeur.

Comment s'exercera-t-il, le sens clinique ?

Par l'observation sans doute, mais l'observation passive ne semble pas fournir assez rapidement des éléments de conviction.

Il est, non pas une méthode (le mot serait trop prétentieux), mais une simple manière de faire à laquelle, dans beaucoup de services, on s'est trouvé plutôt amené à recourir par la force même de la conscience où on est des difficultés à vaincre.

Cette manière de faire, nous l'avons vu appliquer dans le service de M. le Dr Jeanne à Rouen, par le Dr Carpentier.

Elle est appliquée d'une façon en quelque sorte systématique, par le Dr Eugène Perdu, d'Amiens.

Elle consiste à s'interdire d'une façon formelle le diagnostic d'emblée dans les coxalgies suspectes, à sacrifier résolument un certain nombre de semaines pour des essais présentant un caractère véritablement expérimental.

L'enfant présenté est immédiatement placé au repos absolu pendant une période de trois à six semaines, puis remis en marche. A ce moment, et dans la plupart des cas, les symptômes ont disparu. Il est revu pendant les semaines qui suivent et on note soigneusement la réapparition des symptômes. Il y a lieu même d'imposer alors à l'enfant une activité un peu vive, d'éviter du moins la prudence excessive à laquelle la famille se laisserait entraîner.

En fait, dans un nombre de cas assez élevé et qui semble en rapport avec les statistiques présentées par Lance, il n'apparaît plus rien du tout, le problème est résolu. L'enfant est guéri sans vaine thérapeutique.

Si au contraire les symptômes se réveillent d'une façon pour ainsi dire fatale, si un deuxième essai qu'on peut réaliser en cas de doute et d'incertitude est suivi d'un même insuccès, alors, sans vouloir préjuger d'une façon absolue de la nature de l'arthrite, alors, disons-nous, on peut en conscience s'estimer en présence d'une arthrite assez tenace, assez rebelle pour que tout l'arsenal thérapeutique de la coxalgie puisse entrer en jeu. Disons-le, il y a alors bien des chances pour que cette thérapeutique ne s'applique pas à faux.

Faisons justice en passant de ce reproche assez captieux qu'on pourrait nous faire de recourir à une pétition de principes et de dire : « Je ne reconnais comme coxalgies que celles qui ne guérissent ni vite, ni facilement » et d'en conclure ensuite contre toute logique : « La vraie coxalgie n'est pas susceptible de semblable guérison. » Ce reproche est un sophisme et la pétition de principes n'est qu'apparente car nous sommes en science biologique où l'observation et l'induction font foi. Or, l'observation nous enseigne que sur les formes difficilement curables on a pu retrouver la signature de la tuberculose, tandis que sur les formes légères et fugaces l'action kochienne ne se manifeste pas, tandis que bien des indices font pressentir une évolution toute différente. Ce n'est donc pas une différenciation absolue que nous établissons sans doute, mais ce n'est pas non plus une vue de l'esprit absolument a prioriste, et encore moins une pétition de principes qui nous autorise à la formuler.

Ceci dit, revenons à notre sujet.

On objectera que ces essais ajournent un diagnostic que nous voulons précoce, que la mobilisation ordonnée est destinée à exacerber et à réveiller un mal déjà endormi, que tout cela est contre-indiqué dans la coxalgie. C'est exact, mais ce sacrifice est fait à un stade où il ne peut guère avoir de grosses conséquences sur l'évolution ultérieure et, à ce prix, nous acquérons une conviction qui nous permet de prendre plus vite une résolution définitive, nous évitons les tâtonnements, les hésitations, les scrupules ; ce temps perdu se tra-

duit par une technique plus sûre, instaurée plus tôt.
Ce temps perdu, c'est du temps gagné.

Ce n'est pas une panacée infaillible que cette méthode. Sa réponse ne résout pas d'une façon absolue le problème insoluble qui se pose. Mais il y a là, croyons-nous, une bonne manière de concilier les incertitudes qui demeurent nôtres avec le souci d'une action rapide et efficace.

C'est le minimum de risques d'erreur dans le maximum d'activité bienfaisante.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite.)

J.-F. P..., enfant de bonne santé générale, bien conformé, n'a jamais présenté d'accidents pathologiques autres qu'un peu d'impétigo dans la première enfance et une très légère scarlatine vers l'âge de 4 ans.

A Paris, en 1917, il se plaint d'abord de fatigue, il pâlit un peu et au bout de quelques semaines apparaît une claudication caractérisée de la jambe droite, attitude hanchée et hésitante.

A l'examen, fait alors par les D^{rs} Braillon et Perdu, on trouve une douleur très nette à la pression sur la zone articulaire, sensibilité aux chocs sur le trochanter et dans l'axe du membre, défense musculaire très vive, le fémur entraîne le bassin et l'abduction est très limitée. Il existe dans le décubitus horizontal une tendance à un certain degré d'adduction.

Le diagnostic semble s'imposer en présence de phénomènes si nets et si classiques.

Cependant les médecins ne sont pas convaincus.

L'enfant est soumis au repos, étendu à la chaise-longue pendant trois semaines. Passé cette période, il se lève, ne souffre plus, ne boite plus. Il est guéri.

Cinq années se sont écoulées depuis sans que quoi que ce soit d'inquiétant n'ait jamais reparu.

Cette observation est une observation type, nous pourrions en rapporter par dizaines à peu près identiques.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Dr CARPENTIER, de Rouen.)

Maurice P..., 4 ans, s'est plaint du genou gauche « à la suite d'une chute » survenue quinze jours avant la consultation (15 mars 1918). La mère l'a déjà conduit au Dr B..., parce qu'il boite et tombe dès qu'on veut l'obliger à marcher. M^{me} P... s'est sauvée indignée de chez notre confrère qui prétend que le jeune enfant a une coxalgie, bien qu'elle lui ait répété maintes fois que l'enfant était tombé sur le genou, que c'était le genou qui devait être malade et qu'il n'y avait pas besoin de « lui mettre la hanche dans le plâtre ».

Examen. : Enfant indocile. Avec peine on s'assure qu'il n'y a pas d'attitude vicieuse, que les deux membres inférieurs sont égaux en toute mesure, qu'il n'y a pas d'atrophie musculaire, qu'il n'y a pas d'hydarthrose du genou, ni d'adénopathie inguinale.

L'enfant se débat et il est difficile de se rendre compte si la hanche est raide.

Il consent à marcher. Claudication très nette, on dirait du steppage. Après trois ou quatre pas il tient sa cuisse avec sa main, fléchit le genou malade et, prêt à tomber, se retient de la dextre à un fauteuil.

Je n'ose affirmer cliniquement la coxalgie, je ne suppose pas que la radio donnerait quelque chose en admettant que l'enfant voulût rester tranquille.

Je réserve mon diagnostic et propose de laisser le sujet trois semaines au lit. Accepté.

Avril 1918. — M^{me} P... a eu bien du mal à tenir son fils

quatre jours au lit. L'enfant s'est levé lui-même le 5^e jour. Il a joué toute la journée sans se plaindre et sans tomber et depuis « on ne peut plus le tenir ». B... a cru de bonne foi à la coxalgie mais M^{me} P... prétend le contraire, impossible de l'en dissuader.

OBSERVATION III

(Due au D^r CARPENTIER.)

Mireille L..., 8 ans, Sotteville-les-Rouen, boite et tombe depuis deux mois et se plaint du genou droit depuis huit jours. Elle a une sœur de 14 ans qui a une tumeur blanche du genou et un frère de 11 ans qui a une adénite cervicale qui dure depuis dix-huit mois.

Examen (12 décembre 1919). — Enfant petite, malingre, souffreteuse, teint laiteux, blond roux, tête de petite tuberculeuse. Tous les hivers tousse depuis une broncho-pneumonie contractée à l'âge de 2 ans après une rougeole. Pas d'appétit. Ne joue jamais avec ses frères et sœurs. Paraît très intelligente.

Les deux membres inférieurs sont égaux : mensurations identiques. Les deux genoux fléchissent et s'étendent sans douleur. Les cuisses s'écartent symétriquement au maximum. Limitation de la rotation de la hanche droite. Pas d'adénites inguinales volumineuses. L'enfant désigne comme douloureuse la fosse iliaque externe correspondante.

La marche paraît pénible, elle est très claudicante, la fillette pose à peine le membre douloureux sur le sol et retombe lourdement sur l'autre pied.

Dans la station debout, elle hanche fortement. Si l'on exige

la symétrie, elle se plaint et tient à deux mains la cuisse malade, finalement s'accroche à la mère et fléchit le genou droit.

Le père est mort tuberculeux après la guerre, il avait passé plusieurs mois au sanatorium d'Oissel.

Malgré que le tableau de la coxalgie ne soit pas complet à beaucoup près, j'y pense fortement, plus peut-être par raison d'hérédité et de collatéralité fâcheuses, que par la discussion des signes valables : douleurs dans un genou indemne et limitation de la rotation.

Je propose la radio qui est repoussée à cause des frais, puis l'hôpital : on jette les hauts cris.

En fin de compte, je renvoie cette fillette avec des prescriptions hygiéniques et diététiques en insistant sur la nécessité de la faire coucher sur un lit dur pendant trois semaines et de me la ramener après ce temps quoi qu'il arrive.

18 janvier 1920. — L'enfant relève d'un érythème noueux qui débute quelques jours après mon examen de décembre. Elle est très faible et se plaint de douleurs vagues dans les genoux et les mollets, mais elle ne boite plus et ne souffre plus de la fesse droite. Tous les mouvements de la hanche sont normaux. Elle est venue à pied, tenue à la main et a parcouru plus d'un kilomètre.

20 février 1920. — A accompagné son frère pour lequel on consulte ce jour, elle ne se ressent d'aucune douleur. Retourne en classe depuis le 1^{er} février 1920.

OBSERVATION IV

(Dûe au D^r CARPENTIER.)

Monique Le D... 15 ans, Rouen-Saint-Sever, a été envoyée au D^r L... par son médecin pour coxalgie droite pour laquelle on a proposé un appareil plâtré. Les parents effrayés de la dépense prévue nous consultent, le 20 mai 1921, plus pour s'enquérir de nos conditions que pour faire discuter le diagnostic. Ils sont certains de la gravité de l'affection ; une nièce étant en cours de traitement pour une affaire identique depuis quinze mois, ils connaissent les signes, la marche et le traitement de la maladie.

Jeune fille très développée, petite, trapue, d'aspect floride, réglée régulièrement depuis un an. N'a jamais été malade. Fille unique élevée à l'école pratique, a jusqu'alors poursuivi ses études sans la plus petite indisposition. Depuis six semaines se plaint d'une douleur dans le genou droit qui la fait boiter et s'exagère notamment à la montée des escaliers.

L'examen révèle l'attitude type de la coxalgie : flexion légère, abduction marquée, légère rotation externe. Entraînement du bassin à la moindre tentative de correction. Ensellure lombaire des plus nettes. Pas d'atrophie musculaire, consistance et mensurations circonférentielles identiques des deux côtés. Allongement apparent de 4 centimètres.

Claudication peu marquée, mais hanchement notable qui compense presque complètement les autres flexions. Le diagnostic s'impose et nous l'adoptons.

C'est alors que les parents nous montrent une radio de la hanche malade. Le radiographe a marqué d'une croix un point de la tête fémorale qui correspond à la fovea. C'est absolument

insignifiant et nous avons l'idée de demander une radio du bassin tout entier.

Le radiographe me téléphone le lendemain qu'il affirme la coxalgie sur la seule lésion marquée et se refuse à prendre le bassin en totalité. Nouvelle consultation le surlendemain.

Bien que ma conviction soit faite, j'aurais, je l'avoue, préféré une radio du pelvis. Il est convenu qu'on établira une extension continue pendant une quinzaine de jours et qu'ensuite on fera l'appareil plâtré.

Deux jours après le père m'apporte une radio du bassin qu'il a fait faire chez un autre radiographe. Celui-ci trouve une coxavara gauche. Je n'insiste pas : c'est une erreur radiographique fréquente due à la différence de rotation des deux fémurs. En tous cas, les deux fovéas sont aussi marquées d'un côté que de l'autre mais il n'y a pas de signe de décalcification à droite. En somme, pour une coxalgie tellement nette, c'est étrange.

28 mai 1921. — Traction continue sur la planche avec poids de 3 kilogs.

2 juin 1921. — On passe de 3 à 5 kilogs.

16 juin. — On enlève la traction pour préparer la peau, le diachylon a été légèrement irritant. L'examen montre que la douleur a disparu et que les contractures sont vaincues. Ni flexion, ni rotation, ni abduction. Plus d'ensellure, plus d'allongement apparent.

Mouvements tout à fait normaux. Debout il n'y a pas de hanchement : la jeune fille se tient debout les talons réunis, ses deux membres restent pendant plusieurs minutes dans des attitudes parfaitement symétriques. Marche normale indolente, et sans claudication. Je suis perplexe. La mère s'en aperçoit et me tire d'embarras : « Si l'on attendait pour faire l'appareil ? — Je

ne demande pas mieux. Je laisserai la jeune fille se lever et si les attitudes se reproduisent, on agira.»

24 juin 1921. — L'enfant est venue seule à la consultation demander si elle ne pouvait pas bientôt retourner en classe. Elle n'a plus boité et n'a pas souffert.

Nous avons laissé faire sous condition de s'interrompre en cas de rechute.

Sa tante venue consulter pour sa fille atteinte de coxalgie ankylosée vicieusement, nous a donné de ses nouvelles presque un an après : elle n'a jamais plus rien éprouvé du côté de son genou ni de sa hanche.

CONCLUSIONS

En résumé :

1° La précocité du diagnostic de la coxalgie a pratiquement une grosse influence sur l'évolution ultérieure de cette affection et sur ses séquelles définitives. Il faut rechercher par tous les moyens ce diagnostic précoce.

2° Malheureusement, au stade qui nous intéresse, la confusion est difficile à éviter avec un nombre assez élevé d'arthrites encore insuffisamment connues.

Les moyens de diagnostic tirés du laboratoire restent sans valeur absolue.

3° L'erreur peut avoir pour conséquences un traitement parfaitement inutile ou des guérisons fallacieuses par des méthodes inefficaces.

4° Il paraît sage et prudent de sacrifier un temps donné à l'étude par l'observation et l'expérimentation de l'évolution des symptômes.

Vu,
le Président de thèse,
A. BROCA

Vu, le Doyen
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
APPELL

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDICINE

